

BIBLIOTECA  
FRANCISIANA



Publicazioni dell'INDIPENDENTE

GAZZETTA MEDICA DI TORINO

---

# OPERAZIONE CESAREA

CON

## AMPUTAZIONE DELL'UTERO E DELLE OVAIA

eseguita il 16 maggio 1879

DAL DOTTORE

**BERRUTI GIUSEPPE**

con esito felice per la madre e pel figlio

---

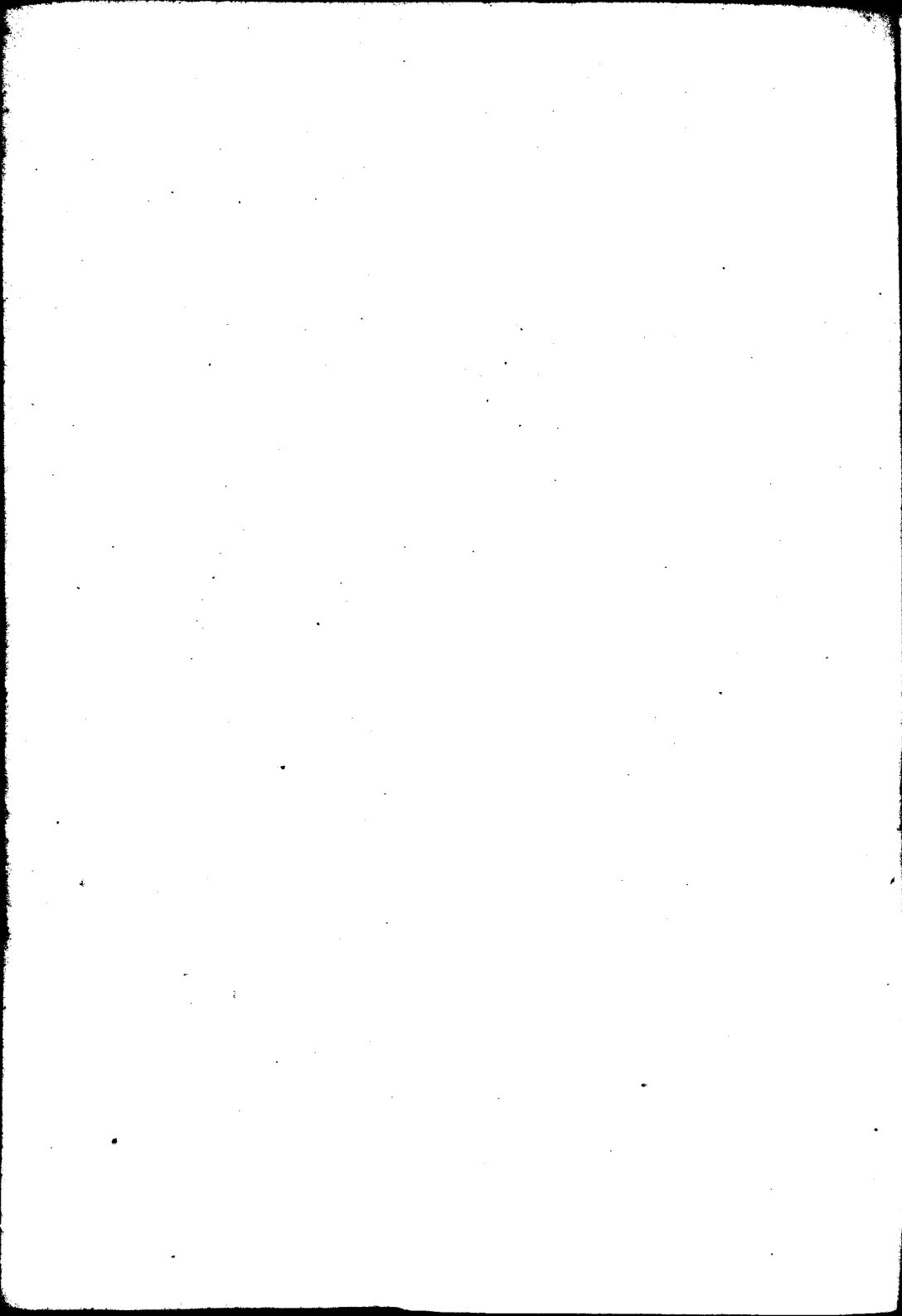
(Comunicazione fatta alla R. Accademia medica di Torino la sera del 6 giugno 1879)



TORINO

TIPOGRAFIA ROUX E FAVALE

1879



---

---

## COLLEGGHI EGREGI,

È con grande soddisfazione che mi presento questa sera a Voi per riferire brevemente sopra una operazione di alta chirurgia ostetrica entrata da pochi anni nel dominio dell'arte nostra per valore e per merito tutto italiano. Il Porro di Pavia, primo nella repubblica medica, ha concepita ed attuata l'ardimentosa impresa or sono appunto quattro anni. Combattuta da ingegni potenti al suo esordire, accolta con mille difficoltà da maestri nelle ostetriche discipline, sancita appena e confinata a casi eccezionali di infrenabile emorragia dal Congresso medico di Torino, la istero-ovariotomia, come presidio e complemento dell'operazione cesarea, ha fatto la sua strada ed ha pienamente corrisposto alle speranze ed alle aspirazioni dell'ardito suo promotore. Ed anche in questa grande impresa dei nostri tempi, come in moltissime altre della chirurgia operativa, si debbe in gran parte il merito della riuscita al saggio indirizzo delle scienze mediche dato dalle pazienti investigazioni e dal retto esperimento dei suoi moderni cultori. Il nome solo del Lister basterà a tramandare ai posteri onorato e glorioso il secolo in cui viviamo. Senza di lui, che ha saputo ridurre a metodo rigoroso e pratico la medicazione antisettica, sarebbe stata impossibile la vera rivoluzione che si sta compiendo nella chirurgia contemporanea.

Or sono scorsi appena quattro anni, come dissi, dacchè fu proposta l'amputazione dell'utero e delle ovaia come complemento del taglio cesareo, e già i risultati ottenuti soddisfano pienamente all'aspettazione dei fautori e sorpassano di gran lunga quelli dati finora dalla sola operazione cesarea in tutti quei casi in cui questa si impone all'ostetrico come assoluta necessità. Mi basti ricordare che sopra 29 operazioni a tutt'oggi ben conosciute vi sono 13 successi per le madri e quasi tutti i feti salvi, benchè da questa statistica, rigorosamente parlando, dovrebbesi togliere i casi, che sono in numero di quattro, che riguardano donne operate in pericolo della vita o per malattie gravi complicanti la gravidanza. Quindi si può dire senza tema di errare che la istero-ovariotomia cesarea in questo primo periodo di tentativi ha dato il 50 per cento di guarigioni, mentre in Parigi, a Londra, a Vienna, a Berlino, ed in quasi tutte le Maternità d'Italia non si ricorda da un secolo a questa parte che qualche caso di salvezza della madre per l'operazione cesarea. Accolta con maggior fiducia e convincimento l'operazione del Porro, ridotta a metodo rigoroso, compiuta con mano più sicura e colle cautele necessarie per mettersi a riparo d'ogni sorgente infettiva, io ho fede che l'amputazione dell'utero e delle ovaia dopo il taglio cesareo darà gli splendidi risultati che ora ci dà in Italia, e specialmente nelle mani dei valenti operatori d'oltr'Alpi e d'oltre Manica l'ovariotomia, che pur ebbe i suoi rovesci ed i suoi tenaci oppositori al comparire sull'orizzonte della moderna chirurgia!

Con questi voti e con queste speranze, egregi Colleghi, vi riassumerò quanto di notevole ebbi campo di osservare nella mia operata, che è qui a provare, venti giorni appena dopo la mutilazione sofferta, come si possa riuscire anche nelle gravissime operazioni quando nulla si tralascia per raggiungere lo scopo.

Il giorno 7 maggio 1879, presso la signora Lombardi-Fidanza in via Borgonuovo, 45, veniva accolta la B... Teresa, d'anni 31; nativa e domiciliata a Chivasso, pettinatrice di professione, orfana del padre, vive colla madre settantenne, cui è unico sostegno nella misera vita. È gravida per la prima volta e nubile. Soffrì da bambina di rachi-

tismo dai 4 ai 10 anni. Riportò per caduta a 12 anni una frattura alla parte inferiore del femore destro, che guarì e si consolidò perfettamente. Ebbe un'infanzia travagliata da mali trattamenti e cattivo vitto. Non potè camminare che dopo il 12° anno, ed allora come oggi le fu necessario sempre un piccolo sostegno per potersi trascinare per le scale e per le vie. Da quest'età non ebbe più sofferenze degne di rilievo. A 17 anni ebbe la prima mestruazione, che si mantenne regolare sino alla fine di agosto 1878, epoca in cui ebbe a lagnarsi di lievi disturbi cefalici e gastrici dovuti all'iniziarsi della gravidanza. Dopo il secondo mese di gestazione, nulla più venne a disturbare il corso regolare della medesima, salvo alcune coliche intestinali provocate da qualche droga furtivamente somministrata allo scopo di richiamare il flusso mestruo. Accortasi dello stato in cui si trovava, non ebbe il coraggio di confidare il suo errore a qualche persona dell'arte, e quando lo fece, la gravidanza era giunta al principio dell'ottavo mese. Richiesto in quest'epoca, vi constatai il seguente stato: donna bassissima di statura, eccede di pochi centimetri il metro; ventre voluminoso e procidente (V. fig. 1<sup>a</sup>); condizioni generali soddisfacenti; abito linfatico; indole vivace e buona; intelligenza svegliata; risponde prontamente ed argutamente alle mie domande; cammina assai speditamente colla gruccia; attende regolarmente alle sue occupazioni; gli arti inferiori sono gracili e convergenti ad arco (V. fig. 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup>), i femori e le tibie gravemente deformati; non edema ai malleoli; le articolazioni ingrossate portano l'impronta della sofferta rachitide; la colonna vertebrale è doppiamente incurvata per scoliosi destra dorsale e sacrale sinistra; v'ha rilevante insellatura lombare; il bacino è abbassato a sinistra, su cui il tronco inclina fortemente da richiedere un sostegno per mantenere l'equilibrio nella stazione verticale. L'osso sacro è corto, la base proiettata in avanti, il corpo respinto indietro nella parte superiore. Il coccige sporgente. Le creste iliache abbastanza espanse, specialmente dal lato destro, dove l'anca destra trovasi più alta di qualche centimetro della sinistra. Il trocantere destro è pure su di una linea più alta del sinistro. La parete anteriore del bacino è poco regolare e la sinfisi pubica sporgente ed inclinata in basso. L'ultima falsa costa

del lato destro è quasi a contatto della cresta iliaca, a sinistra invece dista 3 centimetri circa. Dalla configurazione scheletrica di questa donna era facile arguire una viziatura pelvica non lieve. La mensurazione esterna del bacino e l'esplorazione vaginale la confermarono positivamente. Di fronte a così grave deformità non nascosi alla gestante l'assoluta impossibilità di un parto naturale, quand'anche fosse stato provocato prematuramente e dai mezzi strumentali coadiuvato. Le proposi di recarsi nella nostra città, dove io avrei provveduto a quanto occorreva per lo sgravio. Dessa accettò, e dietro accordo colla signora Lombardi (cui avevo fatto palese le condizioni della gestante, la necessità di un atto operativo gravissimo ed il possibile insuccesso per la madre), fu accolta nella sua casa. Qui vi ebbi campo di completare l'esame pelvimetrico e sentire il parere dei due illustri ostetrici i professori S. G i o r d a n o e D. T i b o n e, prima di decidermi all'atto operativo. Stante il periodo inoltrato della gravidanza (34<sup>a</sup> settimana), convennero i prefati professori non esservi altra via di scampo che attendere il travaglio del parto per procedere alla gastrotomia. Il G i o r d a n o nutriva qualche speranza nella pronta provocazione del parto prematuro e nella successiva embriotomia, benchè impresa molto ardua e di dubbia riuscita anche per la madre. Il T i b o n e invece conveniva pienamente nel mio concetto e riteneva quasi impossibile la manovra degli strumenti embriotomici in quello spazio così angusto e per speciali condizioni, come vedremo, tanto deformato. Approvò quindi pienamente il mio piano operativo accettando di coadiuvarmi in un col professore G i o r d a n o nella grave impresa ostetrica. Nello stesso giorno, 13 maggio, procedetti all'esame pelvimetrico col compasso del M a r t i n, e n'ebbi i seguenti risultati.

*Esame esterno :*

	centim.	mm.
Diametro sacro pubico . . . . .	15	2
"    obliquo destro . . . . .	16	—
"    obliquo sinistro . . . . .	14	—
"    pube-coccigeo . . . . .	13	5
"    bi-trocanterico . . . . .	26	—

	centim.	mm.
Diametro bi-ischiatico . . . . .	5	5
Distanza tra le spine iliache ant. sup. . . . .	21	3
" fra le creste iliache . . . . .	21	1
" dalla spina iliaca anteriore superiore di sinistra alla prima apofisi sacrale . . . . .	14	—
" id. di destra . . . . .	15	5
" dalla metà della cresta iliaca destra alla tuberosità ischiatica destra . . . . .	14	—
" id. di sinistra . . . . .	16	—
Circonferenza pelvica a livello dello stretto superiore . . . . .	73	—
Altezza della sinfisi pubica . . . . .	4	—
" dal fondo dell'utero alla punta dello sterno . . . . .	1	—
" dal pube al fondo dell'utero . . . . .	37	—
Circonferenza massima a 6 centimetri sopra l'ombelico . . . . .	90	—
" a livello del bellico (donna supina) . . . . .	88	—
" " (donna in piedi) . . . . .	90	—

Utero voluminoso di forma sferoidale, procidente con lieve obliquità antero-laterale destra, di consistenza elastica. Pareti addominali distese e fortemente addossate al globo uterino. Età della gravidanza desunta dai segni anatomici: metà del nono mese. Giorno del parto indicato dal calendario: 30 maggio. Presentazione del feto, giudicato dall'esame esterno, trasversa, con l'estremo cefalico nella fossa iliaca destra. Battito cardiaco verso il lato destro della linea ombellicale. Soffio uterino distinto ed esteso. Bacino poco inclinato sul piano orizzontale. Alla palpazione non si sentono moti attivi, nè si avvertono contrazioni uterine. I genitali esterni nulla hanno di notevole, come nulla si trova di morboso dal lato del petto e dei visceri addominali. Le urine sono normali; lo stato generale buono. Da un mese circa si lagna di dolori vaghi lombo-dorsali e pubici.

*Riscontro vaginale.* — Canal vaginale molle, cedevole, umido, sparso di papille ipertrofiche. Retto e vescica vuote. Arcata pubica assai ristretta, angolosa e proiettata in avanti pel ravvicinamento delle

branche orizzontali del pube e specialmente della sinistra. La parete cotiloidea sinistra è tanto introflessa da combaciare quasi col promontorio sacro-vertebrale, il quale a sua volta è sommamente proiettato in avanti ed a sinistra da simulare la viziatura per spondilolistesi. Per cui la metà sinistra dello stretto superiore del bacino puossi considerare completamente abolita pel meccanismo del parto. La parete cotiloidea destra dista dal promontorio tre centimetri circa. La superficie interna della sinfisi pubica al promontorio misura 5 centimetri e mezzo. Ma tenuto conto della proiezione delle ultime vertebre lombari e del promontorio, che trovasi sopra un piano più elevato dell'arco pubico, lo spazio utile della coniugata vera raggiunge appena i 4 centimetri. Inoltre essendo completamente abolito lo spazio sacro-cotiloideo sinistro, il distretto superiore è ridotto a poca cosa. Complessivamente adunque non potevasi nè dovevasi calcolare che sopra uno spazio utile di 4 centimetri nel senso antero-posteriore ed obliquo, e tutto a spese della metà destra del bacino.

Il collo dell'utero è molliccio, socchiuso nell'orifizio esterno, lungo due centimetri ed imbutiforme. La regione polare inferiore dell'utero si tocca in piccola estensione, è assai elevata e non riesce possibile sentire distintamente attraverso il medesimo qualche parte del feto.

Si fa diagnosi di gravidanza uterina, semplice, di 34 settimane, con feto vivente, in presentazione trasversa, testa a destra, dorso anteriore. Bacino gravemente viziato in 3° grado, per effetto di rachitismo, la cui lunga durata influì sull'arresto di sviluppo, imprimendo al medesimo la forma a trifoglio, caratteristica dell'osteomalacia. È un bacino *rachitico pseudo-osteomalacico con scoliosi sacrale sinistra*.

È giudicato impossibile il parto artificiale per le vie naturali e necessario il taglio cesareo. Viene pure approvata per maggior tutela della madre l'amputazione utero-ovarica come complemento del primo atto operativo.

Benchè alla donna avessi fatto palese la sua situazione e la necessità di ricorrere in sopraparto ad una operazione grave per salvar lei ed il figlio, tuttavia, senza entrare in minuti particolari, cercai in ogni modo di conservare la fiducia nell'esito e la speranza di salvezza.

Confidando che il travaglio del parto non avesse ad iniziarsi prima della fine del mese, avevo disposto perchè in quell'epoca tutto fosse preparato per l'operazione col metodo del Porro, salvo taluna modificazione che parevami utile di portare per ovviare a qualche inconveniente sorto nei casi pubblicati ed in quelli che ebbi campo di osservare all'istituto ostetrico di Torino per gentilezza del direttore, cui mi è grato esprimere oggi tutta la mia riconoscenza. Era mia intenzione di abolire i costrittori nella legatura del peduncolo, convinto che questi favoriscono le trazioni e gli spostamenti del medesimo in quei momenti in cui è assolutamente necessario non sia disturbato il processo adesivo ed il coalito. Volevo sostituire la semplice sutura del peduncolo colle pareti addominali assicurandolo ad una lancia (V. fig. 6) che dopo aver trafitto il medesimo poggiasse con due larghi padiglioni sui lati del ventre. Ma l'insorgere prematuro delle doglie del parto non mi concesse di mandare ad effetto il mio divisamento. La notte del 15 maggio venne la gestante svegliata da dolori lombo-sacrali assai vivi, diffondentisi alla regione inguino-cru-rale. Richiesto di buon mattino del 16, constatai l'iniziarsi del travaglio provocato dalla rottura spontanea del sacco amniotico. Nulla più valeva a sospenderne il corso, e richiesto il parere del professore Tibone, fu deciso di prepararsi pel momento propizio di operare. Le contrazioni si mantennero gagliarde e dolorosissime sin verso il mezzogiorno. A quest'ora il sacco amniotico si aprì largamente alla parte inferiore e sgorgarono abbondanti le acque. Il collo dell'utero però non subì alcuna modificazione e nessuna parte fetale era accessibile al dito esploratore. In queste contingenze non vi era tempo a perdere per aver salva la vita del feto e fu decisa l'operazione alle 5 e mezzo dello stesso giorno. Preparato tutto l'occorrente e disposto nella camera attigua, la donna fu coricata di fronte ad una finestra e sottoposta all'azione del cloroformio. In pochi minuti un sonno tranquillo l'immerse nella completa insensibilità. Lavate per bene le pareti addominali con l'acqua fenizzata, disposti i polverizzatori in funzione e gli strumenti tutti che trovavansi da più ore nella glicerina fenica, procedetti alla incisione sulla linea alba dalla cicatrice

ombellicale a tre centimetri sopra il pube, tagliando a strati fin sulla tonaca peritoneale che venne aperta sulla guida della sonda. Le pareti addominali vennero mantenute a perfetto combaciamento coll'utero portato nel suo grand'asse sulla linea mediana. Dal cavo peritoneale ne uscì poco siero; dalla ferita delle pareti addominali poche gocce di sangue tosto arrestate e tolte dalle spugne ghiacciate. Inciso per pochi centimetri l'utero verso il circolo polare medio, si cadde sul margine anteriore della placenta. Afferrate le labbra della ferita uterina colle robuste pinze del Péan, venne attratto l'utero il più possibile contro la ferita addominale, e fu facile allora ampliare in alto specialmente la ferita dell'utero allo scopo di evitare l'incisione del collo e la eccessiva brevità del peduncolo. Questa trazione valse pure a chiudere la breccia peritoneale, per cui il sangue versato dalla ferita uterina, dal distacco placentare, ed il liquido amniotico non poterono penetrare nella cavità peritoneale. Appena ampliata la ferita dell'utero si presentò il dorso del feto situato trasversalmente. Introdotta rapidamente la mano destra nel cavo uterino, afferrai l'arto inferiore sinistro e col rivolgimento estrassi il feto che, consegnato alla signora Lombardi, diede pronti segni di vita. Trovandosi la placenta in parte distaccata, la estrassi pure in un cogli annessi del feto, per limitare il più possibile l'emorragia. A questo punto avvicinai le pinze del Péan chiudendo la ferita uterina; atrassi fuori del ventre l'utero in massa e le ovaia, e sollevati perpendicolarmente, col tre quarti molto curvo del Tibone trafissi l'apice del cono in corrispondenza dell'istmo dell'utero. Tolto il punteruolo, passai nella cannula due robusti cordoncini in seta di colore diverso, i quali divisero e legarono in due parti distinte il grosso peduncolo. A due centimetri sopra la legatura col coltello falciforme recisi utero ed ovaia, ma le arterie uterine gettarono sangue. Allora fu necessità attorniare prontamente con un'ansa metallica il peduncolo in massa e sotto la legatura dei fili in seta. Col piccolo costrittore del Köberlé (V. fig. 5<sup>a</sup>) si riesci a frenare immantinenti l'emorragia ed a produrre l'anemia del peduncolo. Fatta la toelette della ferita e del peritoneo, procedetti alla sutura con punti intercisi distanti due centimetri l'un l'altro di

tutta la ferita peritoneale, spingendo il peduncolo alla commissura inferiore, dove fu fissato con un robusto filo che ne attraversava lo spessore e le pareti addominali. Il costringitore venne adagiato sulla piega inguinale destra. Lavata pulitamente d'ogni residuo sanguigno, la donna venne medicata col metodo listeriano, secondo le precise indicazioni dell'autore. A questo punto solo venne sospesa l'azione dei polverizzatori. Nessun accidente imprevisto accadde nell'atto operativo, che durò appena 35 minuti, salvo la fuoruscita di una piccola ansa dell'intestino gracile all'angolo inferiore della ferita, che fu tosto rimessa e mantenuta in sito. Merita qui nota la pratica introdotta per consiglio del professore **Tibone** di portare, appena estratto l'utero, una finissima pezzuola fenicata di lana sulla massa intestinale; ciò che valse efficacemente a mantenere in sito le anse, ad assorbire il sangue ed i liquidi che possono versarsi nel cavo peritoneale, a rendere più facile e più pronta l'azione dell'operatore e la cucitura delle pareti addominali. Sento quindi l'obbligo di tributare all'egregio professore **Tibone** i miei vivi ringraziamenti per le istruzioni che volle darmi come abilissimo operatore in questa grave contingenza, e per la preziosa cooperazione da lui avuta in unione del mio eccellente maestro il professore **Giordano** e degli egregi Colleghi dottori **Libero Bergesio** (1) ed **Inverardi**, e degli allievi **Pecchio** e **Fornelli** dell'Istituto ostetrico di Torino.

Adagiata la donna nel suo letto, riprese sorridente i sensi, e piena di stupore nel sentire il vagito del suo bambino sano e salvo, senza aver sofferto il più piccolo dolore.

*Puerperio.* — Riassumerò in breve le fasi del puerperio, togliendo dal diario clinico le cose maggiormente degne di nota. — La **T.** che alle ore 5 prima dell'operazione era di 37°5, il **P.** 92 ed il **R.** 20, si mantenne quasi eguale nella sera alle ore 8, alle 10 e nella notte. Nel

---

(1) All'egregio collega ed amico dottor **Libero Bergesio**, 1° assistente alla Clinica ostetrica di Torino, sono ancora tenuto a speciali ringraziamenti per la saggia cooperazione avuta da lui in tutto il periodo del puerperio, nelle pazienti e ripetute medicazioni antisettiche e nell'assistenza dell'operata durante i 15 giorni di degenza.

mattino del 17, alle ore 7, segnava T. 37,7, P. 92, R. 22; a mezzodi 37,6 — 100 e 24; alle 3 pom. 37 — 108 — 30; alle 10 di sera 38,6 — 115 — 30. Si lagna di dolori vivi all'addome. Continua la mistura laudanizzata, i brodi, il vino ordinati subito dopo l'atto operativo. Evacuò spontaneamente urina nella notte e nel giorno. Ebbe vomito di sostanze ingeste. Dormì un ora nel mattino. Fisionomia composta; dolori intermittenti verso sera. Lieve meteorismo. Sono somministrate pillole di estratto del Baumé (2 centig. per ora). La notte dal 17 al 18 è insonne. La donna è prostrata; ha faccia esprime le sofferenze peritoneali. Si lagna di dolori lancinanti al ventre: aumentata la tensione ed il meteorismo. Peritonite incipiente. Si rinnova la prima volta la medicazione. Peduncolo anemico leggermente fetido. Nel mattino T. 38,7, P. 120, R. 128; nella sera T. 39, P. 113, R. 28. Ghiaccio ed oppio internamente. Pennellature di collodio fenizzato sul ventre e medicazione listeriana. Nella notte applicazioni ghiacciate alla regione epigastrica. Conati di vomiti, specialmente dopo l'ingestione del vino. Acqua di calce e di anice per bevanda.

19 maggio (3° del puerperio). T. 39,1 alle 3 ed 11 del mattino P. 112, R. 30. Alle 4 e 10 pom. T. 38, P. 110 e R. 24. La notte fu più tranquilla; dormì qualche ora. Nel mattino ebbe evacuazioni abbondanti di materie dure e nerastre in seguito a clistere. Continua la tensione dell'addome e dell'epigastrio con qualche conato di vomito e singhiozzo. Sospeso il vino generoso che è male tollerato. Ghiaccio, cloridrato di morfina e di chinina a piccole dosi.

20 maggio (4° giorno). La T. oscillò fra 38,3 e 38,2; il P. si mantenne a 98; il R. a 20 nelle cinque osservazioni della giornata (ore 7, 10, 12 ant., 4 e 9 pom.). In seguito ad uscita abbondante di gas la tensione addominale diminuì alquanto. Cessati quasi completamente i vomiti ed il singhiozzo. Nella medicazione si imprimono alcuni giri del costrittore per accelerare la caduta del peduncolo. Pochissima suppurazione di buona natura. Ferita addominale adesa per 1ª intensione. Fisionomia composta. Dolori di molto scemati.

21 maggio (5° giorno). Le osservazioni termometriche del polso e

del respiro sono quasi identiche a quelle del giorno prima. Ebbe notte tranquilla e sonno di più ore. Ritornata la vivacità nel viso. Comparsa l'evoluzione lattea che si mantenne regolare sino al 10° giorno. Ventre trattabile. Nuovi giri al costrittore. Ripreso il vino di Barolo. Senso di appetenza. Evacuazioni di abbondanti gas intestinali. Continuasi l'uso del ghiaccio, della morfina, della chinina e della pozione del Riverio.

22 maggio (6° giorno). Continua nello stesso stato e con calma maggiore. Si concede due pani triti ed un tuorlo d'uova. La notte passò pure tranquilla. Il ventre è cedevole e meno doloroso al tatto.

23 maggio (7° giorno). Verso sera ripresa della febbre. Alle 2 pom. T. 39, P. 48, R. 24. Alle 8 pom. 39,2 — 108 — 28. Si lagna di cefalalgia, di dolori gastralgici, di tensione dolorosa al ventre. Si esporta colla forbice buona parte del peduncolo necrosato; lavatura e pennellazioni con acido fenico. Medicazione listeriana sempre. Si ripete il chinino e nel mattino seguente si amministra 10 grammi di olio di ricino.

24 maggio (8° giorno). Ebbe abbondante e fetidissima evacuazione intestinale. Cessò la gastralgia; diminuì il meteorismo. Il peduncolo è visibilmente attratto e rientrato. Verso sera la T. ritorna a 38,2, il P. a 92, il R. a 24.

25 maggio (9° giorno). Notte tranquilla. Alla medicazione del mattino cade il residuo del peduncolo aderente strettamente al costrittore. Rimane una breccia imbutiforme profonda un 3 centimetri e larga 4. Si tolgono gli ultimi punti di sutura. Si applica un tubettino di drenaggio nell'infundibulo uscente attraverso un foro del *protective*. Alcune listerelle di *protective* col collodio avvicinano i bordi della breccia.

26, 27, 28, 29, 30 maggio (dal 10° al 14° giorno). Le cose procedono bene e nulla di notevole si ebbe ad osservare. Le evacuazioni intestinali si mantennero regolari coi clisteri. La T. oscillò sempre fra 38 e 38,5, il P. da 80 a 90, il R. da 18 a 20. Sorgono vivaci granulazioni sul fondo ad ai lati dell'infundibulo lasciato dal peduncolo. Si rinnovano le medicazioni fenicate. L'appetenza aumenta e si

concede rosso d'uova nel mattino e pollo alla sera con vino generoso. I dolori sono quasi cessati completamente. La donna è tranquilla, contenta e chiede di lasciare il letto.

31 Maggio (15<sup>a</sup> giornata). Viene cambiata di letto e lasciata due ore sul seggiolone. T. 37,4, R. 16, P. 70. Apiressia completa. Qualche senso di stiramento cicatriziale alla regione della ferita, flatulenze e null'altro di notevole.

Dal 31 maggio ad oggi 6 giugno (20<sup>o</sup> giorno). La donna ha lasciato regolarmente 4-8 ore al giorno il letto, ha cominciato a trascinarsi colla grucciona. Non ebbe più alcun disturbo nell'apparato digestivo. Fu completamente apirettica. Prese due bagni generali e la medicazione si ridusse a qualche pennellazione al nitrato d'argento, alla sovrapposizione di un po' d'ovatta fenicata mantenuta sulla piaga da una listerella di diaquilon fenicato. Un bendaggio a corpo compie la medicazione.

*Riflessioni.* — Da quanto succintamente ho riferito chiaro appare come la nostra operata abbia sopportato l'atto operativo gravissimo con fenomeni relativamente molto miti. Tolta la peritonite franca e diffusa, che ritengo inevitabile anche colla medicazione listeriana rigorosamente e puntualmente adottata, la donna non ebbe sofferenze maggiori e più lunghe di quanto avviene soventi anche in un parto normale e difficile o come sempre s'osserva nel parto distocico, in cui richiedesi l'intervento ostetrico istrumentale. Che la peritonite sia stata di natura asettica, lo prova a chiare note il diario clinico, sul quale non potete trovare, nell'acme della malattia, una sola osservazione termometrica che raggiunga quel grado di temperatura caratteristico dell'entrata dei bacteri o dei principii settici nel sangue. E notisi qui opportunamente come la T. fu costantemente presa nel canal vaginale, dove è provata la più esatta indicazione del calore e la differenza di mezzo grado in più che non s'abbia nel cavo ascellare. La T. poi fu controllata ripetutamente con due termometri campionati ed esattissimi. Che l'andamento e l'esito della mia operata nulla potesse e possa lasciar desiderare in meglio, lo dimostra il termine di paragone

colle altre operate con esito felice di istero-ovariotomia fin qui pubblicate dal Porro, Braun, Spaeth, Chiara, Muller, Wasseige, Tibone, Perolio, Breisky, Riedinger, nelle quali la guarigione completa oscillò fra il 30° ed il 60° giorno dalla operazione.

Sarebbe qui opportuno di sollevare un'utile discussione sul metodo operativo seguito da questi diversi operatori; sul luogo, sul tempo dell'operazione e sulle condizioni delle pazienti; ma per non oltre abusare della vostra pazienza, farò punto, certo che non mi mancherà occasione di riprendere questi studii, e dedurre dei corollari pratici che possano servire di guida agli operatori e di vantaggio alla scienza nostra.

Intanto, per non tacere completamente delle parti amputate che vi ho presentate, dirò che l'utero (V. fig. 3<sup>a</sup> e 4<sup>a</sup>) senza la placenta pesava grammi 710 — il diametro massimo verticale misurava subito dopo l'operazione 19 centim. — il diametro trasverso massimo, centim. 14. — L'incisione longitudinale dell'utero dista dal fondo di 9 centim. cadendo leggermente sul lato destro. — La placenta era inserita sul circolo polare superiore e sulla zona mediana alla parete anteriore interna. — L'altezza massima dell'incisione centim. 9 (Fig. 3<sup>a</sup>, A) — Circonferenza massima centim. 38 — circonferenza del taglio peduncolare centim. 16 (Fig. 3<sup>a</sup> e 4<sup>a</sup>, D D) — quest'ultimo cadde pochi centimetri sopra dell'istmo. — All'angolo superiore della ferita uterina (fig. 3<sup>a</sup>, A) voi potrete ancora constatare una lacerazione del tessuto uterino, che avvenne nell'atto in cui il feto fu estratto col rivolgimento. È questa una delle lesioni che avvengono molto di frequente nell'operazione cesarea e che è causa quasi sempre di insuccesso dando luogo ad infrenabili emorragie nel cavo peritoneale, quand'anche si proceda alla sutura dell'utero col metodo del Godefroy o del Barnes. A parer mio questa sola lesione avrebbe bastato per autorizzare l'ostetrico ad amputare utero ed ovaia dopo il taglio cesareo.

Le ovaia (V. fig. 3<sup>a</sup> e 4<sup>a</sup>, O O) che vedete aderenti all'utero sono integre e normali — l'ovaia destra, assai più voluminosa, spaccata, lascia scorgere in G chiaramente il follicolo di Graaf (d'onde uscì l'ovolo fecondato) in via d'involuzione per costituire il corpo luteo.

Una ragione di così splendido successo a parer mio è dovuta in buona parte all'incisione dell'utero, che portata il più in alto possibile risparmiò completamente il collo, gli sfondati del Douglas e lasciò sufficientissima stoffa per avere un lungo peduncolo, condizione indispensabile per evitare le successive violenti e pericolose trazioni.

La donna che qui vi presento, e che potete esaminare a vostro agio, è guarita. Nessun disturbo di qualche valore accenna, benchè al solo 20° giorno. Le funzioni tutte si compiono regolarmente. Ho fede che fra pochi giorni, ritornata a casa, potrà riprendere le sue occupazioni e tornar utile a sè ed alla sua povera madre. Stamane ho pure voluto constatare le condizioni del canale vulvo-vaginale uterino, e mentre queste m'hanno confermata la gravissima deformità del bacino, m'hanno assicurato che la donna, resa sterile per sua somma ventura, conserva pienamente le condizioni anatomiche di detto canale. Nessuno, insciente dell'operazione subita, potrebbe giudicare dell'avvenuta mutilazione, tanto è normale la forma, la direzione del canale, la positura e la configurazione del collo dell'utero.

Con questi risultati io son certo voi tutti pure applaudirete al Genio italiano, che seppe concepire ed attuare pel primo così arduosa ed umanitaria impresa.

---

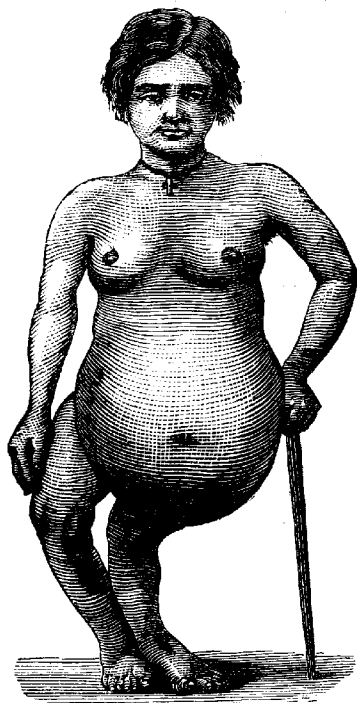
*Nozioni ultime sull'operata.* — Or è trascorso un mese dalla presentazione fatta, e la donna gode ottima salute ed attende alle sue occupazioni. Nulla di notevole è avvenuto dal giorno che ritornò a casa (25<sup>mo</sup> dopo l'operazione). Non ebbe disturbi relativi al flusso mestruo, nessuna sofferenza in rapporto alla solidissima cicatrice ed al peduncolo. Il risultato è per ogni verso lodevole, la donna è soddisfattissima, e tutto concorre ad incoraggiare gli operatori di ricorrere in questi estremi casi ad una risorsa che promette un avvenire ben più soddisfacente di quello dato finoggi dall'operazione, compiuta la prima volta nel 1610 dal Trauttmann di Wittemberg.

Le figure che credetti utile di unire a questa breve relazione vi danno un esatto concetto delle deformità scheletriche di questa po-

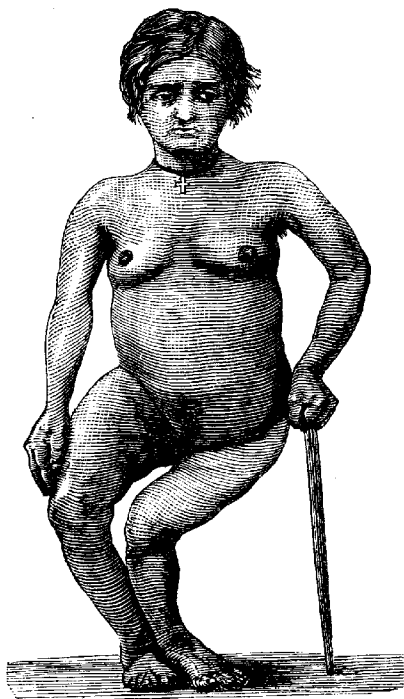
vera donna; della forma delle parti amputate; del piccolo costrittore usato la prima volta in simile operazione per fissare e far cadere il peduncolo; ed infine della lancia, che io intendeva sostituire al costrittore, se il travaglio del parto non si fosse iniziato così repentinamente e prima del tempo.

La figura 1<sup>a</sup> rappresenta la donna pochi giorni prima di iniziarsi il parto. Il ventre era a bisaccia, cadendo per così dire sulle coscie

*Fig. 1<sup>a</sup>.*



*Fig. 2<sup>a</sup>.*

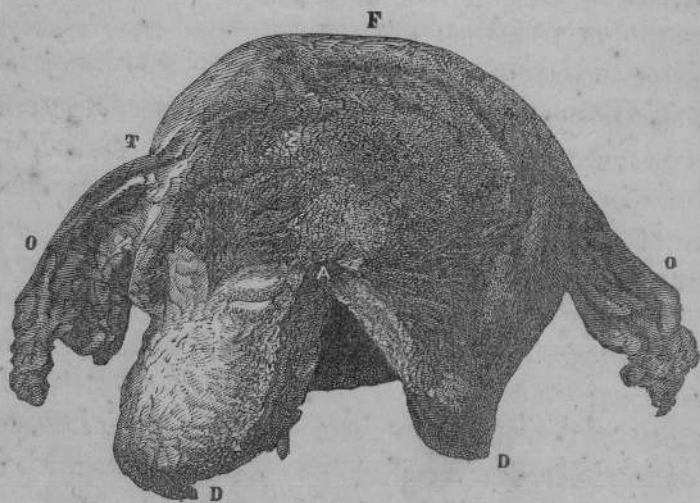


e difficoltando la deambulazione. Per essere l'utero completamente spinto fuori del bacino gravemente ristretto, il feto era completamente fuoruscito e dalle sole pareti addominali sostenuto.

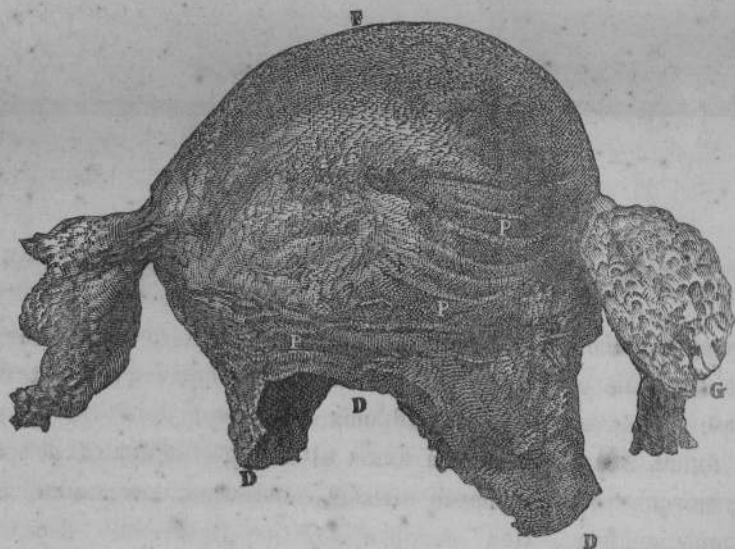
La figura 2<sup>a</sup> rappresenta la donna al 22<sup>mo</sup> giorno dopo l'operazione. Si riconoscono bastantemente bene le impressioni lasciate dai fili di seta nella cucitura. Una semplice cicatrice lineare di 5 centimetri,

terminante verso il pube con una cicatrice circolare, ricorda il taglio delle pareti addominali ed il punto in cui si distaccò il peduncolo.

*Fig. 3<sup>a</sup>.*



*Fig. 4<sup>a</sup>.*



Le figure 3<sup>a</sup> e 4<sup>a</sup> riproducono con molta precisione la forma dell'utero e delle ovaia amputate. La figura 3<sup>a</sup> rappresenta la parete anteriore. In *A* scorgesi la lacerazione delle fibre dell'utero avvenuta nell'estrazione del feto; *A D* la lunghezza e la direzione del taglio longitudinale; *D D* i residui del taglio circolare fatto sopra l'ansa del costringitore. Quest'incisione, che risulta meno alta e regolare a sinistra è dovuta al tagliente che lasciò parte dell'apice del cono aderente al peduncolo, e che venne poi colle forbici esportato. La figura 4<sup>a</sup> mette in rilievo la parete posteriore, sulla quale distintamente scorgonsi in *P P* le pieghe fatte dal raggrinzamento del peritoneo nell'involuzione uterina. In *T*, rilevasi il decorso della tromba Fallopiana; in *O O* le ovaia, di cui la destra molto più sviluppata lascia vedere chiaramente in *G* il follicolo di Graaf vuoto ed il suo trasformarsi in corpo luteo.

La figura 5<sup>a</sup> riproduce fedelmente il piccolo costringitore del Köberlé, montato col filo metallico, che valse a frenare istantanea-

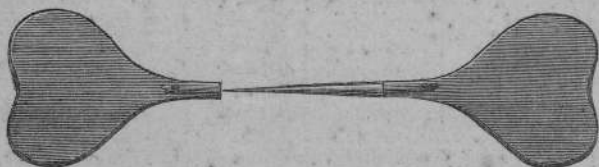
Fig. 3<sup>a</sup>.



mente l'emorragia e che si mantenne fisso sino al nono giorno, cioè alla caduta del peduncolo. — La sua lunghezza di centim. 14 ed il suo peso totale di appena 35 grammi, compresa l'ansa ed il filo metallico, costituiscono delle doti da tenersi in pregio dagli operatori e da farlo preferire al lungo e pesante costringitore del Cintrat, così male tollerato dalle operate e causa sovente, a mio avviso, di trazioni dolorose sul peduncolo e di disturbo nell'organizzarsi del coalito circumpeduncolare.

Per ultimo la figura 6<sup>a</sup> rappresenta la *lancia a padiglione* da me ideata, la quale avrebbe dovuto servire a trafiggere il peduncolo e

Fig. 6<sup>a</sup>.



fissarlo alle pareti addominali abolendo il costrittore. — Essa è costituita di due parti, la lanceolata e la cannulare. — La prima, dopo aver attraversato il peduncolo sotto la legatura, entra nella cannula scavata nell'altro padiglione. — Sulla parte anteriore ove comincia la lancia da una parte e la cannula dall'altra trovasi un uncino che serve a raccogliere e fissare il cordoncino od i due cordoncini che attraversano il peduncolo ed i margini della ferita addominale. — Se nuova occasione mi si presenterà di operare l'ovaro-isterotomia cesarea, ho fede che questo apparecchio semplificherà l'operazione e coadiuverà a pronto e sicuro risultato.

Ho voluto dare questi brevi cenni senza addentrarmi in maggiori considerazioni scientifiche e pratiche sopra questa nuova operazione, poichè un campo più esteso mi è aperto in un lavoro di maggior lena che sto per pubblicare, lavoro che svolgerà tutta la storia dell'innovazione del Porro e interesserà tutti i casi ed i metodi finqui messi in atto dagli operatori d'Italia, Germania, Austria, Svizzera e Belgio.

Per ora intanto, allo scopo di riparare a delle dimenticanze e ad errori incorsi nella compilazione di vari specchi pubblicati sui giornali, presento un mio quadro riassuntivo delle operazioni cesaree con amputazioni utero-ovariche fin oggi compiute, che cercai di compi-

lare colla maggior esattezza, attingendo direttamente alle fonti degli operatori.

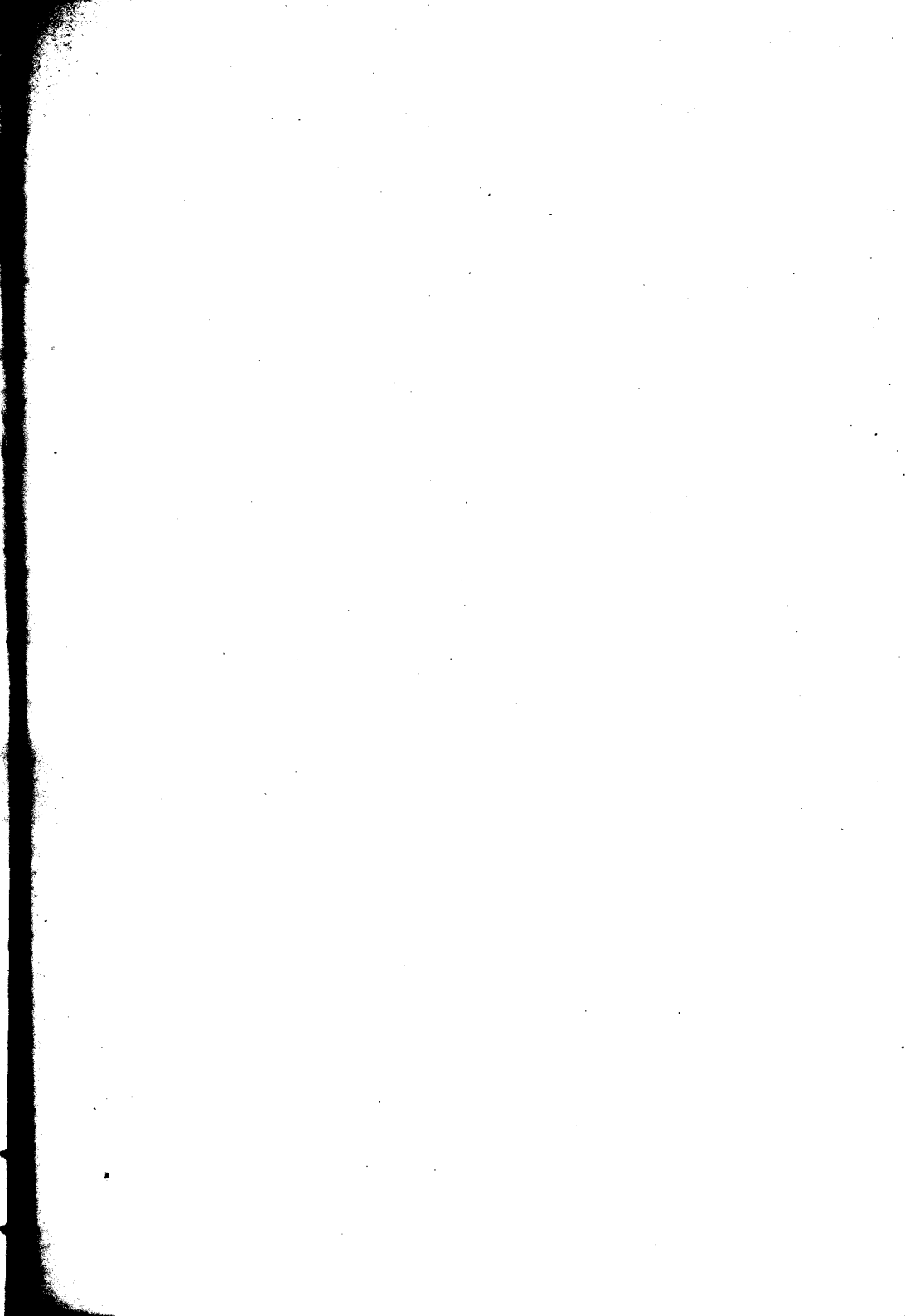
1	1876	Prof. Porro.....	Pavia	successo	
2	1877	» Spaeth.....	Vienna	successo	
3	»	» Hegar.....	Friburgo	.....	morte
4	»	» Braun C....	Vienna	.....	morte
5	»	» Spaeth.....	Vienna	.....	morte
6	»	» Chiara.....	Milano	.....	morte
7	»	» Inzani.....	Parma	.....	morte
8	»	» Previtali...	Bergamo	.....	morte
9	1878	» Müller.....	Berna	successo	
10	»	» Franzolini...	Udine	.....	morte
11	»	» Wasseige...	Liegi	successo	
12	»	» Chiara.....	Milano	.....	morte
13	»	» Tibone.....	Torino	.....	morte
14	»	» Braun C....	Vienna	successo	
15	»	» Litzmann...	Kiel	.....	morte
16	»	» Wasseige...	Liegi	.....	morte
17	»	» Riedinger...	Brünn	successo	
18	»	» Breisky.....	Praga	successo	
19	»	» Perolio.....	Brescia	successo	
20	»	» Chiara.....	Milano	successo	
21	»	» Fehling.....	Stoccarda	.....	morte
22	1879	» Braun G....	Vienna	.....	morte
23	»	» Tibone.....	Torino	successo	
24	»	» Coggi P....	Cremona	.....	morte
25	»	» Braun C....	Vienna	successo	
26	»	» Tibone.....	Torino	.....	morte
27	»	» Maternità...	Torino	.....	morte
28	»	» Berruti G...	Torino	successo	
29	»	» Mangiagalli.	Milano	successo	
Risultato....			{	Guarigioni.....	13
				Morte.....	16
				Totale.....	29

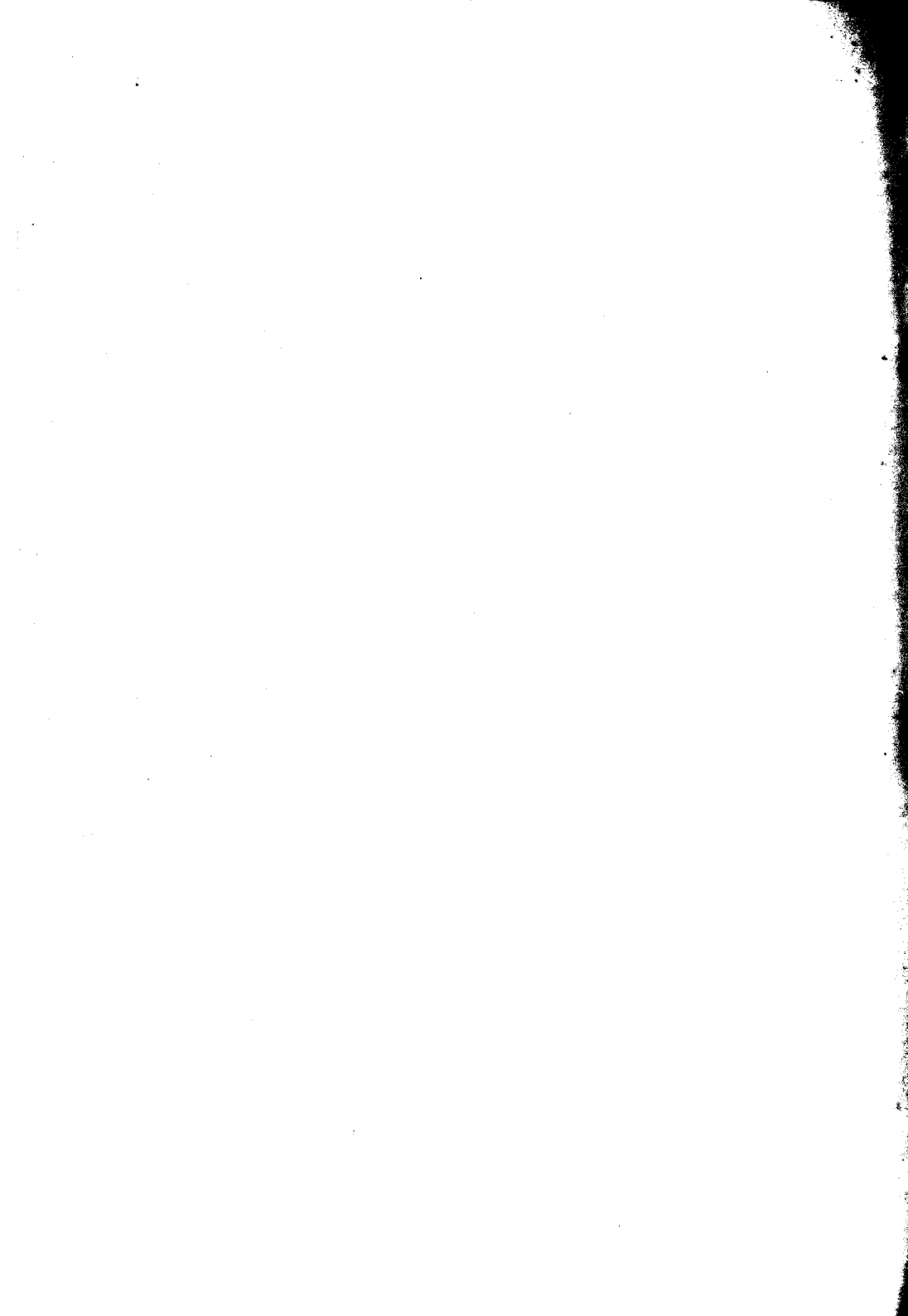
Questi risultati per una giovane operazione sono quanto mai lusinghieri, tenendo conto che dal 1600 a noi il taglio cesareo ha dato in media il 66 per % di mortalità in Italia, benchè non siasi tenuto conto in questa statistica di tutti gli esiti infausti! Per altre nazioni poi in quest'ultimo secolo s'ebbe oltre l'80 per % di mortalità in genere, ed il 95 per % nelle Maternità!

Se dalla statistica sopraindicata invece tolgonsi i casi di Hegar, di Previtali, di Franzolini e di Inzani, che operarono su donne

inesorabilmente condannate a morire perchè agonizzanti od affette da lesioni organiche viscerali nell'ultimo stadio, noi abbiamo un risultato che supera il 50 per % di guarigioni, benchè quasi tutte le operazioni siansi compiute negli istituti ostetrici. — Ciascuno si convincerà se non abbiamo ragione di rallegrarci e di vaticinare all'operazione del Porro un avvenire altrettanto splendido quanto alla ovariotomia fu serbato.

---





# CENNO CRITICO

INTORNO

AD UNA STORIA CLINICA

REDATTA

DAL DOTT. GIOVANNI PISANO

---

ESTRATTA DAL GIORNALE DI MEDICINA MILITARE

---

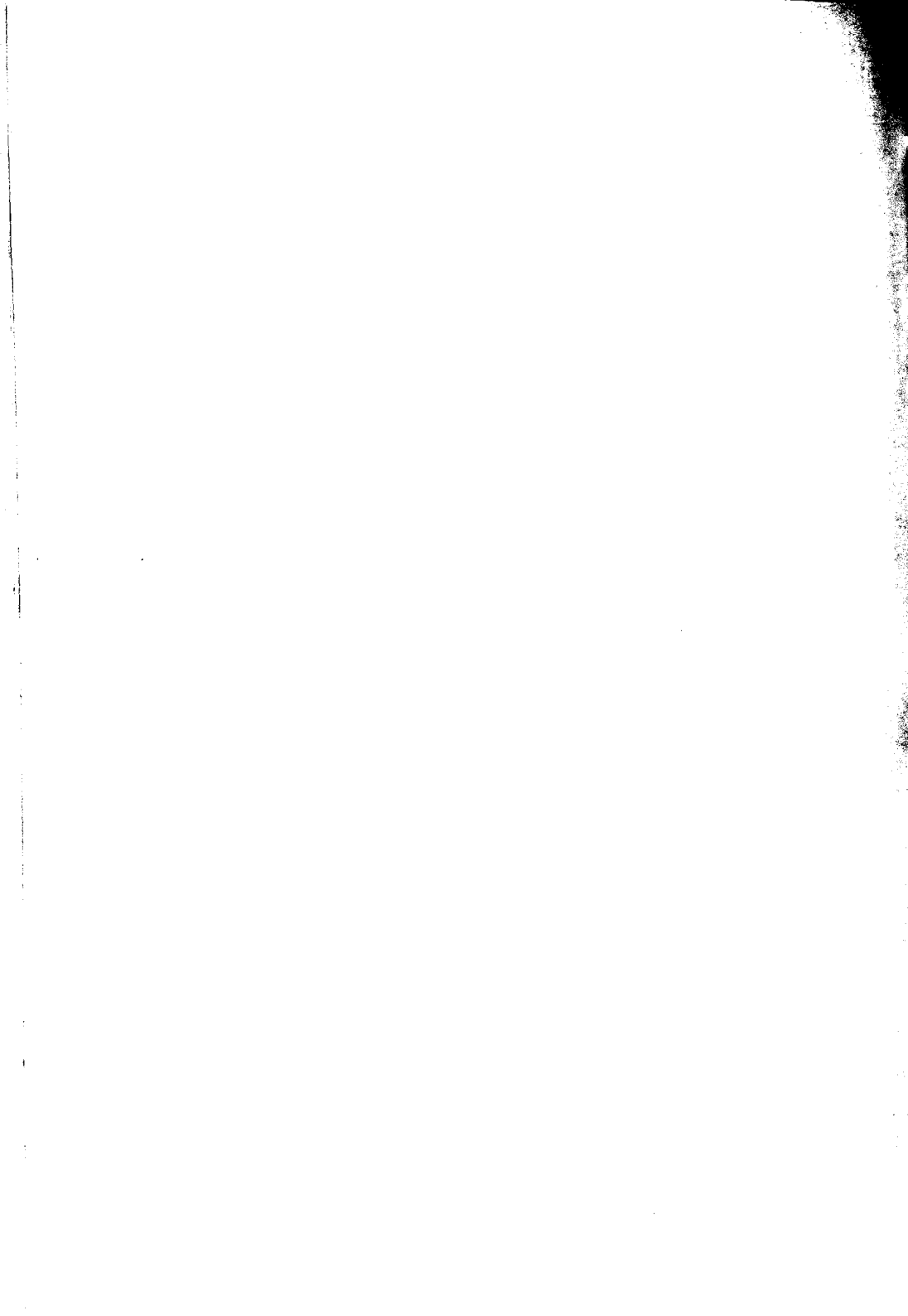
---

ROMA

Dai Tipi della Tipografia Romana

*Piazza S. Silvestro N. 75.*

1876.



# CASO STRAORDINARIO

DI

## ANURIA COMPLETA

DURATA DIECI GIORNI

GUARIGIONE

PEL DOTTOR GIOVANNI PISANO

CAPITANO-MEDICO

---

È questo il titolo di un lungo articolo estratto dal Giornale di medicina militare 1876. — Articolo che noi leggemmo attentamente, perocchè ci riguardi, e l'inferma sia stata da noi curata, e per cortesia loro visitata consultivamente dagli Onorevoli Colleghi Dott. G. Mucci ed A. Belli. dal 13 Gennaio, epoca della invasione della malattia, fino al 3 Febbraio quando il Dott. Pisano si associò nella cura. E poichè Egli ritessuta la storia, e venendo al *quia* della guarigione verificatasi a fronte di un'anuria di dieci giorni dichiara. « L'ipotesi che « io sarò per pronunziare... è senza dubbio molto azzardata, « onde... mi sarò per essere ben contento quando altri ne « sappia sostituire un'altra che meglio della mia risponda ec. » noi ci permetteremo alcune osservazioni su quella storia e sulle ipotesi relative, che ci sembrarono ben singolari per poterle accogliere senza il ben ficio di un'analisi opportuna.

E per farci da capo: l'appellativo di *straordinario* dato a quel caso di Anuria, ci è sembrato esagerato. Dall'autunno del 1875, alla primavera del 1876 dominò qui in Velletri una rilevantissima epidemia scarlattinosa. Ciascuno dei Medici e Chirurghi condotti potrebbe riferire le sue storie di Nefriti scarlattinose con la cessazione della secrezione urinaria durata tre, cinque, sette, otto e più giorni, e seguite da gua-

abbiano da ascrivere a metodi curativi speciosi: tutt'altro. Eglino confessano che a preferenza di ogni altro giovò il metodo di Sydhenam che è il seguente: « *satis habeo ut « aeger a carnibus insolidum abstineat, et a liquoribus spi- « rituosus... imperando interim ut bibat lac cum triplo aquae « coctum »*. Quel precetto di astinenza per le carni e pei liquori, non si chiamerebbe oggi un distillato di sapienza medica?

Potremmo proseguire la enumerazione di casi consimili: ma gli addotti ne sembrano sufficienti per raggiungere lo scopo che ci eravamo proposto: il quale sta nel dimostrare che l'appellativo di *straordinaria* mal si adatta all'Anuria riferita dal Pisano, ed alla guarigione che ne seguì. Ma di ciò non vogliamo occuparci più lungamente; imperocchè noi ci siamo proposti di concedergli, se egli lo brama, che il suo caso fu straordinario, che fu straordinaria la guarigione. Proseguiamo invece nelle nostre animadversioni critiche: e sorvolando a tutto ciò che è riferito in proposito della etio- genesi delle febbri palustri; di un certo vomito sanguigno succedaneo di mestruazioni, posto in parallelo col vomito degli uremici; di certe sostanze che egli chiama *riduttive*, e che noi chiameremmo *riducibili* o *ridotte*: facciamo sosta sulle ultime linee.

« Comunque sia, a me basta che pratici ed osservatori « distinti siano concordi nel ritenere la febbre palustre de- « terminata da organismi viventi che invadono il nostro or- « ganismo, perchè possa darmi una spiegazione abbastanza « verosimile dell'esito felice della malattia che soffrì la bam- « bina non ostante i 10 giorni di Anuria, gli 11 di copro- « stasi, e lo stato pressochè inerte delle funzioni della cute. « A mio avviso, la bambina non soccombette al processo ure- « mico, perchè questo non pervenne ad alto grado, e non « vi pervenne perchè trovò nel *miasma palustre una forza « viva che lo sfruttava a suo vantaggio, migliorandone per « tal modo il valore morboso sull'economia.* »

Cosicchè il Pisano ravviserebbe nei piccoli organici produttori delle febbri maremmane l'antitodo, o per lo meno il correttivo dell'avvelenamento uremico. È una ipotesi che egli medesimo dichiara azzardata. Ma le ipotesi ancorchè azzardate, convien che rimangano entro i confini della logica; diversamente procedendo, si va incontro a ciò che deplorava Giorgio Baglivi « Fingentes ad libitum rerum naturam, in-  
« digestisque quibusdam meditationibus eandem fere ever-  
« tentes, nil mirum fit si Medicinae fundum et patrimonium  
« hac ratione depauperarint ». Perchè noi ci facciamo lecito di chiedere in quale significazione si abbia ad intendere il vocabolo *sfruttare*. E per verità, qualora in onta al secolo non vogliamo invocarsi poteri arcani, noi non sappiamo intenderlo altrimenti che in due guise. O che si abbia a credere il germe delle febbri palustri come valevole ad impedire la produzione soverchia degli elementi urici, ed il successivo accumulamento di essi nel sangue: o che quei germi medesimi dovendo vivere e moltiplicarsi a spese dei prodotti urici riescano a trasformarli in nuovi composti, non più atti ad avvelenare.

Ma della prima maniera non val la pena di tener parola: tanto ci sembra inconcepibile. Imperocchè è certo oramai che l'urea rappresenta il prodotto della scomposizione organica: è certo e provato che gli atti riduttivi fannosi enormi sotto le piressie, specialmente se originate da causa infettiva: è fuor di dubbio che negli affetti da inquinamento palustre, specialmente se esso sia a forma acuta, e gli attaccati sien vergini ancora da infezione limnotica precedente e tuttora robusti, le urine depongono sedimenti copiosissimi costituiti quasi in totalità da urea e da urati: e per converso è anche vero che molti dei cachettici incontrano la morte precisamente per uremia. Orsù come mai l'elemento infettivo palustre che determina le riduzioni organiche così prontamente ed a così alto grado, avrebbe virtù d'impedirle nei malati da nefrite scarlattinosa? O se lo *sfruttare* abbia ad intendersi nella seconda maniera, dovremmo noi credere che

quel germe malefico, qual nuova lancia di Achille si adoperi a distruggere il veleno che sotto la sua influenza malaugurata erasi prodotto? E pur concedute le ipotesi precedenti, l'una o l'altra che più piaccia, a che si attribuirebbe la guarigione degli altri infermi per nefrite scarlattinosa, nei quali non si ebbe sentore di infezione palustre? E quando pur vi fosse stata, come parve al Pisano che avvenisse nella piccola Giulia, era poi logico muover guerra spietata con la chinina a quei minimi organici che, a parer suo, dovean salvare la bambina da morte sfruttando l'urea? Sarebbe logico ed umanitario proposito lo spendere studii e denari per risanare le contrade paludose, se di quelle potrebbe utilizzarsi nella infausta circostanza, che la scarlattina, il tifo, od altra moria minacciasse una ecatombe?

Ora, dacchè noi ci adoperiamo a combattere l'ipotesi del Pisano, egli avrebbe ragione di chiederne che ne sostituiamo un'altra, sia qualunque, purchè fondata sulla logica e sulla osservazione. E noi non ricusiamo la prova, pronti ancor noi a smettere l'opinion nostra, quando ci si dimostri avventata ed assurda.

Dicemmo l'urea essere il prodotto della scomposizione organica. Essa è fornita a preferenza dai tessuti, dagli umori che più abbondano di elementi azotati: fuvvi chi chiamò l'urea l'esponente della azotizzazione; e chi disse che ove abbondi l'urea, ivi la materia organica deve esser salita a più alto grado di azotizzazione. E come la produzione degli elementi azotati dalle sostanze alimentari in gran parte deriva, così la riduzione di essi si effettua pel processo normale di ossidazione organica; e la eliminazione se ne compie per le vie urinarie, e sotto altre forme principalmente per la superficie polmonale e per la cute. Finchè ogni cosa si rimanga entro i limiti fisiologici, il consumo fa equilibrio alla produzione: subentrato il disordine nella produzione o nel consumo, il sangue che ne è il ricettacolo principale, se ne trova sopraccarico, e l'economia disturbata ed inferma. Ma il quantitativo dell'urea valevole a romper l'equilibrio, la

dose di essa necessaria per produrre fenomeni d'intossicamento non ci è punto nota, e le osservazioni cliniche portano a credere che possa esser diversa nei varii individui. Inoltre è provato che di urea non si produce sempre nell'organismo una egual quantità, potendo essa variare a seconda dell'età, del genere di alimentazione, dell'esercizio muscolare, di quello della mente, dello stato febbrile, della clorosi, della inazione, ecc.

Posto ciò che poco dianzi dicemmo, esser l'urea specialmente fornita dai tessuti più ricchi di azoto; dovrà di leggieri concedersi che la produzione di quella nei bambini deve essere proporzionalmente scarsa, essendochè il sistema muscolare sia poco sviluppato, ed il nervoso centrale trovisi in quella età sulla via dell'incremento, non sù quella delle riduzioni; e ciò per ragioni fisiche e psichiche facili ad esser comprese. Ora senza divagar più a lungo per le generali; eccoci al fatto della piccola Giulia, ed a spiegare senza l'intervento degli organici piretogeni, e della chinina per essi micidiale, la pochezza dei sintomi uremici, e la straordinaria guarigione.

I sintomi della congestione renale apparvero il dì 28 Gennaio quando già la bambina decembeva da ben quindici giorni: la dieta che si sarebbe voluta mediocre, fù severissima fin dai primi giorni della malattia per poca appetenza specialmente dei brodi e delle carni: la quiete le si era procurata fino allo scrupolo. al che egregiamente si prestava l'indole sua mitissima: la piresia era stata lieve e di corta durata, e corrispondentemente mite la temperatura, ciò che non isfuggì al Pisano, il quale fin dalla prima sua visita trovò « *il calore cutaneo poco sotto al normale*: ed il polso che egli medesimo dichiarò quasi *insensibile*, attestava la pochezza della energia nelle azioni cardiaco vascolari.

Come sequela di tutto ciò, se pur non vogliano disconoscersi le premesse, è d'uopo ammettere che la produzione dell'urea fosse minima per doppia ragione. La prima perchè la quantità e la qualità degli alimenti somministrava contin-

genti nitrogenati scarsissimi: la seconda perchè le contesture non subivano che lentissimamente ed in grado lievissimo i processi riduttivi per la mancanza assoluta dell'esercizio corporeo, per la bassa termogenesi, per la lentezza ed il languore della circolazione e del respiro. Poca dunque la produzione dell'urea, poca conseguentemente l'uremia, pochissimi i sintomi uremici. Frattanto è da ricordare come il Pisano alla prima visita avvisò *il soffio respiratorio più sonoro del normale, e quasi rude; nei giorni consecutivi ascoltò rantoli mucosi nei grossi bronchi, tosse frequente, e notò scolo abbondante di muco dalle narici*. Che la madre attribuisse ciò a *raffreddore*, può ben condonarsi: noi invece siamo di parere che il suono rude del soffio respiratorio, e la tosse, e la corizza accennassero ad irritazione della mucosa delle vie aeree per un po' di carbonato ammoniacale prodottosi dallo sdoppiamento dell'urea, il quale venisse eliminandosi per la superficie polmonale, sgravando il sangue di quel poco più che potea esservi accumulato per la soppressione della funzione renale. Nè da ultimo vorremo lasciare senza osservazione lo stato della pelle che il Pisano trovò *secca* in genere, e nella faccia specialmente come leggermente impolverata da una sostanza *bianco giallastra*: ed egli si duole di non avere esaminato al microscopio quella sostanza pulverulenta, *in cui forse avrebbe trovato degli urati*. A confronto di che piace a noi riportare alcune osservazioni del Weyrich sulla perspirazione cutanea che desuniamo dal manuale di Patologia di Uhle e Wagner « Secondo le misurazioni praticate sui malati di scarlattina, essa (cioè la perspirazione cutanea) si mostra considerevolmente aumentata « appunto nel tempo, in cui la pelle si mostra al tatto molto « secca. » Lo che starebbe a provare che anche la pelle, come la mucosa respiratoria, era tutt'altro che inerte alla eliminazione dei prodotti urici.

Ed a questo punto la natura e l'igiene aveano preparata la guarigione senza l'intervento della Terapia, la quale in simili evenienze è purtroppo insufficiente ad agire diretta-

mente sull'elemento tossico. E la chinina, dato pure che l'assorbimento cutaneo ed intestinale avessero potuto introdurre nel circolo sanguigno una quantità bastevole, avrebbe agito solo indirettamente; cioè a dire fiaccando l'elemento genetico della febbre, ed impedendo i nuovi prodotti di riduzione che doveano senza meno formarsi sotto l'alta termogenesi della piressia limnotica.

*Velletri Luglio 1876.*

Dott. ENRICO JACONELLI.

MEDICO CONDOTTO

218



